



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

SY 180 H 000

Bacheloroppgave i sykepleie

Kull 08 H

Kandidatnr: 91

Innlevering 29.april 2011

***”Åndelig behov ved alvorlig sykdom”***



Lytt søster!

Jeg var sulten og greide ikke å spise selv.

Du satte matbrettet slik at jeg ikke kunne nå det på nattbordet.

Senere diskuterte du mitt næringsbehov på gruppemøtet.

Jeg var tørst og hjelpeløs, men du glemte å gi beskjed

til pleieren at hun måtte huske å fylle vannglasset mitt.

Senere skrev du i rapporten at jeg nektet å ta drikke til meg.

Jeg var ensom og redd, men du

lot meg være alene, fordi jeg var så

samarbeidsvillig og aldri ba om noe.

Jeg var et ”sykepleierproblem”.

Du diskuterte teoretisk årsaken til min sykdom,

men du så ikke inn til meg en gang.

Du trodde jeg var døende og ikke kunne høre.

Du sa du håpet jeg ikke ville dø før du var ferdig med dagen,

for du skulle ut om kvelden og hadde time hos frisøren.

Du virker så velutdannet, fører deg så vel

og er så prikkfri i din nystrøkne uniform.

Når jeg snakker virker det som du lytter,

men du hører ikke på meg.

Hjelp meg, bry deg om hva som skjer med meg.

Jeg er så trett, så ensom, og så veldig redd.

Snakk til meg, kom meg i møte, ta hånden min.

La det som skjer med meg, angå deg.

Vær så snill søster – lytt!

Fri oversettelse av diktet ”Listen Nurse”,  
av Ruth Johnston fra boka ”Interpersonal aspects of Nursing”.

## INNHold

1. INNLEDNING.....	5
1.1 Begrunnelse for valg av tema .....	5
1.2 Presentasjon av oppgaven .....	5
1.3 Oppgavens avgrensning.....	6
1.4 Oppgavens oppbygging.....	7
2. METODE.....	8
2.1 Litteraturstudie – svakheter og styrke.....	8
2.2 Fenomenologi og hermeneutikk.....	8
2.3 Innhenting av litteratur.....	9
2.3.1 Artikler.....	9
2.3.2 Selvvalgt litteratur.....	10
2.4 Kildekritikk.....	10
3. TEORI.....	12
3.1 Begrepsavklaringer.....	12
3.1.1 Alvorlig sykdom.....	12
3.1.2 Åndelig behov.....	12
3.1.3 Helhetlig omsorg/ holistisk menneskesyn.....	12
3.2 Joyce Travelbee.....	13
3.3 Kari Martinsen.....	14
3.4 Kübler- Ross’ fem psykologiske stadier.....	15
3.4.1 Første stadium – fornektelse og isolasjon.....	15
3.4.2 Andre stadium - sinne.....	16
3.4.3 Tredje stadium - kjøpslåing.....	16
3.4.4 Fjerde stadium - depresjon.....	16
3.4.5 Femte stadium - akseptering.....	17
3.5 Kunnskapssenterets undersøkelse.....	17
4. DRØFTING.....	19
4.1 Første stadium – fornektelse og isolasjon.....	19
4.2 Andre stadium - sinne.....	22
4.3 Tredje stadium - kjøpslåing.....	23
4.4 Fjerde stadium - depresjon.....	25
4.5 Femte stadium - akseptering.....	26

4.6	Andre måter å ivareta pasientens åndelige behov ved alvorlig sykdom på.....	27
4.6.1	Pasientens verdighet og etikk.....	27
4.6.2	Åndelig omsorg – et forsømt område?.....	27
4.6.3	Trøst og trygghet.....	29
5.	AVSLUTNING.....	31
5.1	Oppsummering.....	31
5.2	Konklusjon.....	31
5.3	Nye spørsmål.....	31
6.	KILDEHENVISNING.....	33
6.1	Selvvalgt litteratur.....	33

# 1 INNLEDNING

Antall ord: 9688

## 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Overalt vil vi som helsepersonell komme i møte med noen som har det vondt. Nødvendigvis ikke i kroppen, men i sjela. Som sykepleierstudent og som pårørende, har jeg opplevd det å stå i vanskelige og tunge omstendigheter. Det har gått opp for meg hvor viktig tro er, og hvor viktig det er å ha et holdepunkt når en får føle døden på nært hold. Man hører ofte at det ikke er mer å gjøre for pasienten enn å gi eventuell smertelindring. Det er alltid noe å gjøre for pasienten, tenker jeg, selv om det ikke er mer å gjøre for kroppen. Sjela er der fortsatt. Kanskje trenger pasienten å prate. Det å åpne for den vanskelige samtalen, har jeg erfart er tøft for både pårørende og for mange sykepleiere. Jeg vil med denne oppgaven få fram at det er et behov for at sykepleiere kan samtale i vanskelige situasjoner, og jeg vil se på hvordan sykepleieren kan ivareta pasientens åndelige og eksistensielle behov. Jeg vil også få fram viktigheten med at sykepleieren skal gjennom sin kunnskap kunne kartlegge pasientens åndelige behov, og kontakte presten dersom det er nødvendig.

Da jeg var i praksis, kom jeg i møte med en del mennesker som ville dø. Jeg skulle ønske jeg turte å ta initiativ til å samtale om dette. Når jeg ser tilbake, tror jeg disse menneskene hadde klart for seg en mening med døden, siden de *ville* dø. Jeg vet jeg ville hatt problemer med å prate med noen som hadde dødsangst, noen som virkelig var redd for å dø. Dette fordi jeg ikke helt visste hvordan jeg skulle gjøre det. Jeg tror ikke jeg var den eneste. Travelbee (2001) sier at ofte er den syke alene om det psykologiske, og sykepleierne kan ikke, eller vet ikke hvordan hun skal imøtekomme det. Travelbee bekrefter det jeg har trodd; det er mange sykepleiere som har vansker med å snakke om døden, og pasienten eller pårørende måtte kjempe seg gjennom problemet på egen hånd.

Mange vet ikke hvordan de skal takle det å tilnærme seg pasienten i hans siste stund, gjerne fordi de ikke har gjort opp noe ståsted selv i forhold til døden. Dette er noe jeg selv har fått kjent på kroppen, og da som pårørende. Jeg vil dra inn en privat hendelse, som ga meg erfaringer i forhold til dette. Jeg hadde alltid tenkt at dersom min mormor skulle dø, ville jeg ikke kunne takle det. Hun fikk kreft, og hadde ikke lenge igjen. Jeg hadde mange våkenetter, og all dagligdagse gjøremål følte jeg ble et ork og meningsløst. Få dager før hun døde, gikk

det opp et lys for meg. Selv om hun forholdsvis var ung, visste jeg nå hvordan jeg skulle takle det forestående dødsfallet. Jeg hadde nemlig gjort opp mitt eget ståsted i forhold til døden og sykdommen hennes, og jeg kunne godta at slik var det, og slik skulle det bli. Det slo meg i etterkant, at det er mange som ikke får snakket om dette og bearbeidet det i forkant av sin egen død. Jeg tenkte også på de pårørende som aldri klarer å akseptere at de har mistet noen som stod de nær, fordi de ikke hadde fått bearbeidet det på forhånd. Jeg har sett at det er viktig å gjøre seg opp egne tanker for å ha et ankerfeste i sykdomsfasen, for å kunne takle den. Ut i fra dette ønsker jeg å skrive om åndelige behov.

## 1.2 Presentasjon av oppgaven

Denne oppgaven tar fokuset på hvordan sykepleieren kan ivareta pasientens åndelige og eksistensielle spørsmål ved livets slutt. Det sentrale i oppgaven er å drøfte hvordan sykepleieren kan åpne for samtale, og hvordan hun kan møte pasienten på hans premisser. Problemstillingen er belyst gjennom litteraturstudie og egne erfaringer.

**Problemstilling:** *Hvordan kan sykepleieren ivareta pasientens åndelige behov ved alvorlig sykdom?*

## 1.3 Oppgavens avgrensning

Ut i fra problemstillingen vil jeg ta utgangspunkt hos norske, voksne pasienter som er innlagte ved somatisk sykehus, fordi jeg ønsker å tilegne meg kunnskap om dette emnet til jeg selv begynner å jobbe ved sykehuset. Disse pasientene har fått en diagnose som tilsier at de har kort levetid igjen, og all behandling er avsluttet. Jeg velger å ta utgangspunkt i generelle alvorlige sykdom, da fokuset er på behovene og ikke på sykdommen. Pasientenes behov i denne tiden er pleie og åndelig omsorg. Jeg ønsker ikke å trekke inn pårørendes behov for åndelige omsorg, da jeg må ta hensyn til oppgavens omfang.

## 1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består av tre deler: metodedel, teoridel og drøftingsdel. I metodedelen redegjøres metoden og litteraturstudiet. Teorien består av Travelbees og Martinsens sykepleieteorier, Elisabeth Kübler- Ross' fem psykologiske stadier og en undersøkelse som nylig er gjort ved somatiske sykehus. Den tar for seg kreftpasienters erfaringer i møte med det norske helsevesen i en kritisk fase i livet. I drøftingen velger jeg å ta utgangspunkt i Kübler- Ross' fem psykologiske stadier. De representerer de fasene pasienten gjennomgår fra han får stilt en alvorlig diagnose til han dør. Jeg benytter Travelbees og Martinsens menneskesyn med hovedfokus på Travelbees teorier, samt annen litteratur når jeg drøfter. Jeg velger å vie mest fokus på Travelbee, fordi jeg syns hennes teori virker spennende, og jeg ser at hun hennes tenkning har stor betydning for pasientgruppen som oppgaven omhandler. Til slutt vil jeg drøfte andre måter sykepleieren kan ivareta pasientens åndelige behov på. Avslutningen består av en oppsummering, konklusjon og nye åpne spørsmål. Jeg velger å benytte uttrykket "åndelig" i vid forstand, også når det gjelder eksistensielle spørsmål. Sykepleieren blir presentert som hunkjønn, og pasienten som hankjønn. Dette for å enkeltgjøre hvem som er hvem.

## 2 METODE

I følge Dalland (2007) er metode det redskapet vi bruker når vi skal undersøke noe. Metoden vi velger å bruke, skal hjelpe oss å samle inn data og informasjon til undersøkelsen. Vi skiller mellom kvantitativ metode og kvalitativ metode. Dalland (2007) sier at kvantitativ metode tar sikte på det målbare, mens kvalitativ metode er ute etter å fange opp mening og opplevelse, som ikke er målbart. Oppgaven min bygger på studier og teoretiske arbeider, som oppsummerer funn basert på klinisk kompetanse innenfor åndelig omsorg. Dette gjør oppgaven til en kvalitativ litteraturstudie, som tar utgangspunkt i vitenskapelige originalartikler.

### 2.1 Litteraturstudie- svakheter og styrker

Litteraturstudie har svakheter og styrker. En sterk side er at jeg kan finne mye litteratur og forskning som har relevans til det jeg skriver om. Jeg kan øke min kunnskap gjennom å fordype meg i teorier og det som er undersøkt og beskrevet. Mye av litteraturen jeg bruker, er bygd på kvalitative forskningsintervju, der det framkommer tydelige funn av virkeligheten. Det finnes også mye litteratur om dette emnet. Svakheter med denne metoden er at det kan finnes lite *nyere* litteratur som jeg anser som relevante. Denne metoden bygger på undersøkelser og forskning gjort av andre. Når jeg søker etter kilder, er det viktig at jeg stiller meg kritisk til innhenting av data. Jeg må stille spørsmål ved om dem tilfredsstiller de krav til validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet) (Stordalen & Støren 2010). Jeg har lært at i en litteraturstudie, er det primærkilder, altså originalartikler vi må benytte. Jeg tenker at det er fordi det skal være etterprøvbart. Dette understreker Støren (2010) når hun sier at kjennetegnene til originalartikler er at metoden som blir brukt, skal kunne kontrolleres og etterprøves. Det må også være førstegangspublisert, og de resultatene som presenteres, skal gi ny kunnskap om temaet.

### 2.2 Fenomenologi og hermeneutikk

For å gå fram for å få kunnskap, må man i følge Aadland (2006), drøfte for hvordan man skal gjøre det metodisk. Det er det vitenskapsteori handler om. Min metode er som tidligere nevnt kvalitativ, og denne metoden bygger hovedsakelig på fenomenologi og hermeneutikk



(Aadland 2006). I Aadland (2006; 280) står det i ordforklaringer, at fenomenologi er en ”filosofisk retning som ønsker å se tingene etter sitt egentlige rette vesen, og unngå å årsaksforklare eller lese egne forforståelser inn i betraktningen.” Jeg forstår fenomenologi som en teori der vi ser et fenomen slik det framtrer for oss. Ved å overveie tingens tilstand, kan vi finne en dypere bevissthet. Hermeneutikk handler om å få en mer helhetlig og dybdefortolkende utvidelse av en forståelse (Aadland 2006). Jeg forstår hermeneutikk som en filosofisk lære om fortolkning. Det er betingelser for forståelse. Hermeneutikkens subjektive kunnskapsideal er at man ikke kan forklare noe, før man selv har fått egenforståelse (Aadland 2006). Altså for å forstå noe, må man ha forforståelse.

## 2.3 Innhenting av litteratur

### 2.3.1 Artikler

Når jeg skulle søke etter artikler, ville jeg søke etter de overnevnte kriterier som tilkjennegir ny kunnskap. Artikkelen ble funnet ved søking i relevante databaser med godkjente søkeord. Med relevante databaser, tenker jeg på at søkebasene må innholde primærkilder. Jeg brukte databasen ScienceDirect når jeg skulle finne vitenskapelige forskningsartikler. Søkeordet jeg først brukte var ”Spiritual needs”. Jeg fant noen som jeg anså som relevante til mitt emne, men ville likevel fortsette å søke med begrensninger. Jeg begrenset søkeordet til ”Spiritual care and Nursing”, og begrenset også med topics (emneord) i kombinasjoner av ”end- of- life care”, ”nursing”, ”mental health”, ”cancer patient”, ”palliative care”, ”spiritual care”, ”health care”. Jeg begrenset også søkeordet til ”Coping Spiritual Care and Nursing”, og kombinerte igjen de overstående emneordene, samtidig la jeg til emneordet ”cancer survivor”.

Jeg søkte på artikler fra år 2007 til 2011, men kom likevel over ved tilfeldig søking, artikkel fra 1996 som jeg synes passet bra. Det viste seg når jeg søkte på disse søke- og emneordene, at det var mange artikler som inneholdt spiritualisme. Det tok litt tid å lete etter passende artikler. De artiklene jeg har funnet, tar ikke fokuset direkte på akkurat hvordan sykepleieren kan ivareta pasientens åndelige behov. Det er heller mer fokus på hva det betyr å få dekt eksistensielle og åndelige behov. Jeg søkte også i bibliotekets arkiver etter artikler som sto i tidsskrifter. Jeg brukte søkeord som ”åndelige behov” og ”åndelig omsorg”. Her fant jeg flere som jeg anså som relevante.

### 2.3.2 *Selvvalgt pensum*

Når jeg søkte etter annen selvvalgt litteratur, var det aktuelt for meg å søke bredt etter forfattere som skriver om åndelige behov og omsorg. Jeg søkte gjennom bibliotekets database, for leting etter aktuell litteratur. Her fant jeg mange bøker som hadde relevans. Referanselister har også gitt meg nye referanser. Jeg har også fått tips til å hente ut en undersøkelse fra Kunnskapssentret. Ellers har jeg kommet over aktuelle bøker som medstudenter hadde.

## 2.4 Kildekritikk

Jeg har funnet forskningsartikler fra Irland og USA, og jeg stiller meg kritisk til å bruke disse, dersom de viser visse kulturforskjeller mellom deres land og Norge. Jeg tenker at søkemotoren jeg brukte er pålitelig, men så likevel gjennom om de utvalgte artiklene hadde de kriteriene som kreves for at det er en original forskningsartikkel. Jeg så også på hvem som har skrevet disse, hvilken utdanning de har og hvor de jobber.

Når jeg har valgt litteratur, har jeg valgt de ut ifra relevans og gyldighet. Jeg har valgt å bruke ei bok av den sveitsiske psykologen Elisabeth Kübler- Ross. Hun skriver om fem psykologiske stadier den døende gjennomgår. Når man setter pasienten reaksjoner i et system, vil det være lett å forvente at pasienten skal gjennom de ulike stadiene. Kübler- Ross' fem psykologiske sykdomsfaser er individuelle, og de kan framtre samtidig eller i ulik rekkefølge. Noen pasienter når aldri alle fasene eller er så vidt innom dem. Disse stadiene ser jeg bare på som en veiledning for hvordan prosessen kan opptre. Det er gitt eksempler på hvordan pasientens reaksjoner opptrer, og det er ingen selvfølge at pasienten gjennomgår disse eksemplene. Kübler- Ross' stadier er nedskrevet på slutten av 60- tallet, men regnes likevel som de mest kjente, og de brukes i lærebøker den dag i dag. Det regnes for å være litt gammel litteratur, men jeg mener at hennes teori om fem stadier er like relevante i dag som den gang da.

Jeg har funnet en annen relevant litteratur fra 1980 av Esther M. Gjertsen. Det regnes for å være gammel litteratur, men jeg synes den viser logisk faglige begrunnelser som jeg anser som like aktuelle i dag. Det var vanskelig å finne nyere litteratur som beskriver åndelige behov

like godt som de eldre bøkene. Kunnskapssentrets undersøkelse bygger på en kvantitativ metode, der funnene bare gir ett inntrykk av virkeligheten. De artiklene jeg har benyttet, mener jeg er pålitelige, fordi metodene som er brukt gir gode data og belyser temaet på en faglig og en interessant måte.

## 3 TEORI

### 3.1 Begrepsavklaringer

#### *3.1.1 Alvorlig sykdom og lidelse*

Med alvorlig sykdom i denne oppgaven, tenker jeg på de menneskene som har fått stilt en sykdomsdiagnose hos legen, og som har kort levetid igjen. Disse sykdommene er ofte kreft, hjerte- karsykdommer og lungesykdommer. Travelbee (2001) sier at lidelse handler om smertefulle problemer. Disse kan være sykdom, tap av alle slag, fysiske og psykiske smerter og krise.

#### *3.1.2 Åndelige behov*

I følge Kari Krüger Grasaas (Stordalen, Hovland & Grasaas 2005:101), er åndelige behov ”et vidt begrep som rommer mye. Det kan være emosjonelle forhold/ eller tanker og spørsmål på fornuftsmessige planet”. Hun sier at det kan være knyttet til tilhørighet eller ønsket om å bli sett, samtidig handler det om livets grunnleggende spørsmål om eksistens. Carlén & Nilsson (2008) sier at det åndelige innebærer å finne hva som virker meningsfullt og som gir mening med livet. Det handler om å finne en forklaring om hvorfor man lever eller er syk. Frølund (2006) definerer åndelig omsorg som den hjelpen pasienten får i sitt arbeid med å håndtere de eksistensielle spørsmålene med utgangspunkt i hans livssyn. Jeg tenker at åndelig behov er å finne trygghet og mening i sykdom og i lidelse.

#### *3.1.3 Helhetlig omsorg/ holistisk menneskesyn*

Vi forstår helhetlig omsorg som å møte pasientens fysiske, psykiske, åndelige og sosiale behov (Lie 2002). Jeg tenker at sykepleiere må gi helhetlig omsorg, for at pasienten skal få god omsorg. Holisme ønsker at fenomener skal forstås ut fra et helhetsperspektiv (Aadland 2006). Jeg forstår det slik at dersom delene skal forstås, må det gjøres i lys av helheten, og når man utøver sykepleie, gjør vi det ut i fra et holistisk menneskesyn.

### 3.2 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee bygger sin teori på et eksistensialistisk menneskesyn, og mener at lidelse og smerte er en naturlig del av menneskelivet, og noe som alle kommer til å erfare. Hun sier at mennesker har evne til å søke etter mening i lidelse, sykdom og smerte, og at denne meningen er individuell og personlig. Hun understreker også at sykepleie er å hjelpe den syke og den lidende til å finne mening i den vanskelige situasjonen pasienten er i. For å kunne gjøre det, må det være et etablert menneske- til- menneskeforhold, der sykepleier og pasient forholder seg til hverandre som unike personer. Et slikt forhold skapes gjennom en prosess. Prosessen har fem stadier:

- Det innledende møtet
- Framveksten av identiteter
- Empati
- Sympati
- Etablering av gjensidig forståelse og kontakt

*Det innledende møtet* begynner med at sykepleieren og pasienten ikke kjenner hverandre. Pasienten har forventninger til sykepleieren og forholder seg til henne deretter, mens sykepleieren forholder seg til pasienten som en hvilken som helst pasient. Førsteintrykket er bygd på observasjoner av den andres kroppsspråk, framtoning og handlinger. *Framvekst av identiteter* karakteriseres ved at den andre blir verdsatt som et unikt individ. Travelbee (2001) er opptatt at hver og enkel pasient blir sett på som en spesiell person, som noe helt unikt som ikke har eksistert før, og som ikke kommer til å eksistere senere. Dersom sykepleieren ikke kan se mennesket i pasienten, vil omsorgen bli upersonlig og overflatisk.

Når sykepleieren har begynt å få forståelse for hvordan pasienten opplever sin sykdom, og pasienten oppfatter sykepleieren som en særegen person, har de oppnådd et kontaktforhold. Travelbee (2001) sier at *empati* er evnen til å ha innlevelse og forstå den andres psykiske tilstand. Jeg forstår det slik at den som har empati, vet ut i fra egne erfaringer eller ut i fra innlevelses evnen, hva pasienten tenker og føler. *Sympati* eller medfølelse er dypere enn empati. Det vil si at en føler at den andres lidelse og plager angår en, samtidig som en har et ønske om å hjelpe den lidende. *Gjensidig forståelse og kontakt* er når sykepleieren og pasienten har gjennomgått de foregående fasene. Jeg ser at det mellommenneskelige forhold

er en nødvendighet å ha når man skal ivareta pasientens åndelige behov, og jeg syns derfor det var naturlig å velge hennes teori og henne som teoretiker.

### 3.3 Kari Martinsen

Kari Martinsen har et menneskesyn som bygger på relasjoner mellom mennesker. Det blir sett på som det fundamentale i menneskelivet. Disse relasjonene kan være kjærlighet, tillit, barmhjertelig eller omsorg. Disse er gitt uten fortjeneste. Hun tar avstand fra det menneskesynet som bryter ned fellesskapet og omsorgen for hverandre, for å framheve enkeltmenneskets vekst. Mennesker er avhengige av hverandre, og det er igjennom denne avhengigheten at enkeltindividet utvikler sin selvstendighet og realiserer seg selv. Martinsen sier at vi som mennesker ikke kan komme utenom å trenge hjelp fra andre, og vektlegger menneskets likeverd ved at dette er uavhengig av status og utseende. Martinsen (2003) sier at lidelse er noe som hører til mennesket, og noe som er uunnværlig. Lidelsen er så elementær til menneskelivet, at det å si ja til livet, er å si ja til lidelsen.

Martinsen tar avstand fra at et menneske kan være helt og holdent selvstendig. Martinsen er opptatt av ansvaret samfunnet har for de svake. De døende er en av de svakeste gruppene. Omsorgsarbeidet handler om å ta vare på de som ikke kan ta vare på seg selv. Martinsen mener at menneskesynet vi bygger på, har betydning for hvilket syn vi har på omsorg.

Martinsen bygger sin omsorgsteori på relasjon, moral og praksis. Disse tre sidene gir et helhetlig bilde på god omsorg og sykepleie. Hun sier at mennesker er avhengige av, og står i relasjon til hverandre. Det betyr at sykepleieren er pliktet til å hjelpe pasienten, og for å kunne gjøre det, må hun sette seg inn i pasientens opplevelse av det å være syk. Det er gjennom kjærlighet at relasjoner blir til, og gjennom kjærlighet og omsorg blir etikken grunnlagt (Martinsen 2003). Det forbundet vi er med hverandre, er den omsorgens relasjon etikken tar utgangspunkt i. Martinsen ser på moral og etikk som ett, og at de er knyttet til menneskelige relasjoner. Moralen handler om å handle riktig og gjøre den andres beste, mens etikken er spontan og følger ingen normer og regler (Martinsen 2003). Kjærligheten kommer til uttrykk gjennom moralsk handling. Hun sier at omsorgen blir utført praktisk i fra sykepleierens side. Dette går ut på at sykepleieren legger omsorgen til rette, slik at pasienten føler at han blir sett og ivaretatt.

### 3.4 Kübler- Ross' fem psykologiske stadier

Når pasienten får vite at han er uhelbredelig syk, går han igjennom en prosess fra beskjeden er mottatt, og fram til sin død. Mange har prøvd å beskrive den døendes psykologiske prosess. Kanskje mest kjent er den sveitsiske – amerikanske psykiateren Elisabeth Kübler- Ross' bok *On Death and Dying* fra 1969. Hun intervjuet rundt 300 døende pasienter over en 2,5 års periode. Metoden hun brukte, var samtaler, og hun fant ut at døende pasienter får psykologiske reaksjoner gjennom en dødsprosess. Hun illustrerer prosessen med fem stadier som avløser hverandre. Disse stadiene gjennomgår hvert menneske som stilles ovenfor en tragisk og håpløs sykdom. Vi må huske at det kan være individuelle forskjeller, og at stadiene kan variere i lengde, eller de kan foregå samtidig.

#### *3.4.1 Første stadium – fornektelse og isolasjon:*

Mange pasienter tenker når de får beskjed om at de er alvorlige syke, at det er uvirkelig, og tviler på at den diagnosen de har fått stilt, stemmer. De kan tenke ”hvorfør meg?” og ”dette kan ikke skje meg”. Pasienten begynner å søke etter andre muligheter og spør om å få ta en ny undersøkelse, selv om de delvis vet at den første diagnosen er rett. I dette stadiet, er de alltid på søk etter håp om at helsepersonalet har gjort en glipp. I følge Kübler- Ross (1995) skjer dette ofte som følge av at pasienten er blitt dårlig håndtert når beskjeden ble gitt. Pasienten kan da ha opplevd at legen har fortalt det i all hast for å få det overstått, uten at det har vært tatt hensyn til pasientens psykiske forberedelser. Kübler- Ross sier dette om sykdomsfornektelsen:

”Jeg pointerer dette sterkt, da jeg betrakter det som en sund måte at klare den ubehagelige og smertelige situation på, som nogle af disse patienter må leve med i lang tid. Fornægtelsen virker som en stødpude efter uventede chokerende nyheder, tilader patienten at samle sig og med tiden mobilisere andre, mindre radikale forsvarmekanismer” (Kübler- Ross 1995; 49).

Fornektelsen etterfølger pasienten også i senere stadier. Mange pasienter føler seg ensomme og forlatt i dette stadiet, og dette kan medføre til isolasjon hos pasienten. Fornektelsen er en midlertidig reaksjon som avløses av delvis akseptering.

#### 3.4.2 Andre stadium – sinne:

Aksepteringen skjer samtidig som følelser av sinne, raseri og misunnelse kommer til uttrykk. Spørsmålet om ”hvorfør meg” er også tilstedet i dette stadiet. Raseriet kan være rettet mot pårørende, helsepersonalet og andre omgivelser. Det skjer ofte at pasienten trekker tvil på sykepleierne og legene. Sykepleierne som oftest er hos pasienten, kan få skjenn for å forstyrre han, og det hun gjør, er ikke godt nok. Pårørende kan føle at pasienten ikke tar imot dem, og kan virke likegyldig og avvisende.

#### 3.4.3 Tredje stadium – kjøpslåing:

I dette stadiet, tenker mange alvorlig syke pasienter at dersom man inngår en avtale med en høyere makt, kan en utsette den uunngåelige døden. Man har opplevd barn som ikke aksepterer et ”nei”, og prøver å inngå en avtale med foreldrene om frivillig arbeid, for å få det som en vil. Kübler- Ross (1995) sier at å kjøpslå er et forsøk på å utsette døden inntil en bestemt frist, som omfatter en belønning for god framferd. Pasienter har ofte begivenheter de vil overvære. En pasient kan avtale at han får oppleve en bestemt begivenhet, ved å avgi all verdens løfter. Dette kan stamme fra en underliggende skyldfølelse.

#### 3.4.4 Fjerde stadium – depresjon:

Det går opp for pasienten at han er alvorlig syk når han må gjennom operasjon, eller får flere symptomer. Han får følelsen av at han lider av et stort tap. Kanskje har pasienten mistet funksjoner, sin rolle i familien, eller sin identitet som det kjønnet man er, for eksempel ei kvinne som har måttet fjerne brystet. Dette fører til bekymringer og kan øke skyldfølelsen ytterligere. Dette igjen, kan medføre til at pasienten utvikler depresjon (Hummelvoll 2008). Kübler – Ross (1995) skiller mellom *reaktiv depresjon* og *forberedelsesdepresjon*. Jeg forstår ut i fra å lese Kübler – Ross’ bok *Døden og den døende* (1995), at *reaktiv depresjon* tar for seg den håpløsheten pasienten føler når han ikke kan stå i den rollen han har, og ingen kan ta over for han. Det kan være at pasienten er far, og ikke har noen som kan tre inn i hans rolle. *Forberedelsesdepresjon* står i forbindelse med noe man forventer å miste. Jeg forstår det slik, at pasienten da er redd for å gå glipp av livet, og de tingene han likte å bedrive med, er ikke lenger tilgjengelig for han.



#### 3.4.5 Femte stadium – akseptering:

Kübler – Ross (1995; 115) sier dette om femte og siste stadium: ”Hvis en patient har tid nok (dvs. ikke ved pludselige uventede dødsfald) og får lidt hjælp til at arbejde sig igennem de tidligere beskrevne stadier, vil han nå til et stadium, hvor han verken er deprimert over eller vred på sin skæbne”. I dette stadiet er ofte pasienten svak og trett, og sovner lett av. Han er tom for følelser og det virker som smertene og kampen er over. Pasienten har funnet sin forsoning og ro, og interesserer seg lite om omverden. I følge Kübler – Ross (1995), ønsker pasienten å være i fred, og er lite snakkesalig, og det er oftest snakk om timer før pasienten sovner inn. Det er nå pårørende trenger mer støtte og forståelse enn pasienten selv.

### 3.5 Kunnskapssenterets undersøkelse

Helsedirektoratet har gitt Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten et oppdrag om å gjennomføre en omfattende brukererfaringsundersøkelse (PasOpp-rapport) om *Kreftpasienters erfaringer med somatiske sykehus i 2009*. Kunnskapssenteret skaffer fram kunnskap og formidler forståelsen om effekt av metoder, virkemidler, tiltak og kvalitet innen helsetjenesten. Kunnskapssenterets mål er å bidra til gode beslutninger, slik at brukerne får best mulige helsetjenester. Undersøkelsens mål er å kartlegge systematisk informasjon om pasienters erfaringer med sykehusene. Resultatene blir brukt til å legge grunnlag for kvalitetssikring, virksomhetsstyring, og inkluderer fritt sykehusvalg. De skal virke som et redskap som skal hjelpe og identifisere hvilke felt sykehusene kan bli bedre på, og hvilke sider som oppleves som positivt og negativt. Undersøkelsen er gjort ved samtlige somatiske sykehus i Norge, unntatt Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet.

Pasientgruppen var voksne kreftpasienter som hadde fått et tilbud på poliklinikker og sengeposter. Kunnskapssenteret har samlet informasjon gjennom spørreskjema og innsamlingsopplegg. Spørreskjemaet fikk pasientene til å ta stilling til mange ulike sider ved det å motta behandling og tilbud. Spørreskjemaet hadde også et åpent kommentarfelt, hvor pasientene kunne kommentere sine erfaringer. Hovedresultatene er på nasjonalt nivå, regionsnivå, helseforetaksnivå og sykehusnivå. Jeg vektlegger på det feltet som tar for seg pasienters erfaringer i møte med helsepersonell ved sengeposter, uansett nivå. Indeksen pleiepersonalet består av syv spørsmål. Jeg tar kun for meg indekser som handler om hvor vidt personalet har satt av tid til samtaler og informasjon.

Når jeg har lest resultatene, viser det seg at det generelt sett over hele landet, settes av for lite tid til samtaler. Noen av pasientene opplevde at psykiske behov ikke ble ivaretatt. En pasient sa ”dei psykologiske innsikter var heller slette, fekk beskjed om å ta ut kjenslene om dagen, ikkje om natta, for då var det så få folk på jobb.” Det må også nevnes at det var mange pasienter som følte at de ble møtt med forståelse og fikk gode samtaler. Det kom også fram i undersøkelsen, at kommunikasjonen mellom helsepersonell var dårlig. En pasient fikk høre om sin kreftdiagnose når legen i forbifarten sa at han ”kunne få god behandling i dag for kreft.” Informasjon er den indeksen som har dårligst skår av de syv indeksene på sengepostene.

## 4 DRØFTING

### 4.1 Første stadium – fornektelse og isolasjon

Det å få en diagnostisert en alvorlig sykdom kan virke skremmende for pasienten, fordi det kan gjøre han usikker på framtiden. ”For the majority of cancer patients, the diagnosis of cancer is a shocking experience caused by the unpredictability of the disease and the lack of good treatment result seen in many cancer forms” (Risberg et. al 1996; 274). Kübler- Ross (1995) sier at i dette stadiet søker pasienten etter håpet. Travelbee (2001; 117) sier at ”håp er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller tilstrebes, ligger innenfor det oppnåelige”. Jeg tenker at et håp er noe som er forbundet til noe som ønskes som noe positivt i framtiden.

Busch et. al (2002) sier at håp er det mest sentrale begrepet for alvorlig syke pasienter, og for pårørende og sykepleiere. Jeg tenker at håpet om helbredelse, livsforlengelse, få eller ingen symptomer og smertelindring er sentrale for pasienten. Pårørende har det samme håpet for pasienten, og jeg tenker på håp som den drivkraften sykepleiere trenger for å overleve i dette yrket. Travelbee (2001) påstår at håpet gjør at mennesker takler og mestrer vanskelige situasjoner, som tap, krise, sykdom og lidelse. Ifølge Hummelvoll (2008), kan håp som avdekkes virke urealistiske, og at det da kan være vanskelig å møte håpet med alternative forslag. Pasienten i dette stadiet, har ofte et håp om at diagnosen skal være feil, og dette håpet virker noe urealistisk. Jeg tenker det er viktig og ikke ta håpet i fra pasienten, for det kan være det eneste pasienten har igjen, og som holder han oppe. Kübler- Ross (1995) mener at sykepleieren ikke bør informere at det ikke er håp for pasienten, for det vil være det samme som å avskjære han.

Jeg mener det kan hjelpe pasienten om sykepleieren kan vise forståelse og tilstedeværelse gjennom pasientkontakt. Eide & Eide (2007; 56) sier at ”for en alvorlig syk eller døende pasient, kan et lyttende øre og et streif av kontakt og forståelse bringe inn et håp for dagen i morgen(...)” I forskningsartikkelen til McBrien (2010), ble det funnet at det å være ærlig og lytte til pasientens bekymringer er viktig i det åndelige omsorgsarbeidet. Jeg tenker at dersom

sykepleieren forsikrer om at helsepersonellet gjør sitt beste, kan dette være med på å skape håp for pasienten.

Man kan forbinde håp med noe positivt og noe negativt. Selve håpet er knyttet til noe positivt, mens håpløshet er noe man forbinder med noe negativt, som fortvilelse og kanskje til og med depresjon. Travelbee (2001) mener at når pasienten opplever håpløshet, vil han ikke prøve å løse problemene, fordi han ikke tror på forandringer eller forbedringer. Jeg mener at det er sykepleieroppgave å hjelpe pasienten til å skape nytt håp. I følge Kaasa (2007) er det viktig i dette arbeidet å anerkjenne de følelsene av håpløshet og bekymringer pasienten har. Carlén og Nilsson (2008) sier at når man deler det som virker så håpløst med noen, kan et nytt håp oppstå.

Det og må finne håp, kan ha blitt forsterket av at pasienten ble dårlig håndtert når beskjeden om en alvorlig diagnose ble gitt, eller at pasienten fikk vite sin diagnose i en forbifart (Kübler-Ross 1995). Jeg tenker at det er viktig at pasienten får viet full oppmerksomhet når han skal få vite sin diagnose. I Kunnskapssenterets (2010) undersøkelse kom det fram en pasients erfaring om det å få en kreftdiagnose. Han fikk vite at han hadde kreft idet legen gikk forbi, og sa at i dag kunne han få god behandling for kreft. Dette bør ikke skje, og en kan undres hvor det kan ha gått galt. Jeg tenker at selv om det er legen som direkte har gjort feilen her, kan det ha en underliggende årsak i det at legen og sykepleieren ikke har kommunisert godt nok på forhånd. Jeg mener at helsepersonell bør kunne kommunisere på en god måte, slik at pasienten får en helhetlig omsorg og for at tilliten skal bevares. Gjertsen sier:

”når legen informerer pasienten om alvoret i hans lidelse, må også det øvrige personalet på avdelingen informeres om hva som er blitt sagt. Det er viktig at hele helsepersonalet omkring den syke kan arbeide etter samme prinsipper og opptre overfor pasienten på en samstemt måte. Om dette ikke skjer, kan det skape store vanskeligheter for pasienten og hans pårørende og gjøre at en mister deres tillit og fortrolighet” (Gjertsen 1980; 39).

Tornøe (1996) mener at for å skape de beste forutsetningene til å gi helhetlig omsorg, må det være etablert et godt faglig samarbeid, med god kommunikasjon, og en må ha respekt for hverandres profesjonelle kompetanse. Det at sykepleieren er reflektert over sine handlinger og hvordan hun kommuniserer, anser jeg som viktig for å unngå misforståelser og holde god kommunikasjon. Travelbee (2001) mener at sykepleieren kan lære seg å bli bedre på å

kommunisere, ved og hele tiden evaluere sin evne til å kommunisere og anvende det i praksis. Eide & Eide (2007; 12) sier at ”kjernen i profesjonell kommunikasjon i helseyrkene er at den er faglig velfundert og til hjelp for pasienten.” Jeg ser på det som en viktig del av det å ivareta pasientens åndelige behov, at sykepleieren kan kommunisere med andre fagpersoner. Eide & Eide (2007;23) sier at ”for å bli bedre i å kommunisere kan man øve enkeltferdigheter som å lytte aktivt, bekrefte den andre verbalt og non- verbalt, stille spørsmål av ulike typer, formidle informasjon, utfordre den andre til å reflektere, strukturere samtaler og fortelle dårlige nyheter.” Med å kommunisere non- verbalt, tenker vi på å kommunisere med ansiktsuttrykk, kroppsbevegelse og holdning. Verbal kommunikasjon er når vi uttrykker oss med ord, skriftlig eller muntlig (Travelbee 2001).

Hummelvoll (2008; 264) sier at ”en vedvarende opplevelse av tomhet kan provosere frem en hjelpeløshet i forhold til det at man ikke er i stand til å gi situasjonen og dagen innhold og mening.” Den døende kan føle seg ensom, fordi han må bære denne opplevelsen alene. Som nevnt i teoridelen, kan pasienten i dette stadiet føle seg ensom og forlatt, som igjen gir følelsen av isolasjon. Jeg mener denne isolasjonsfølelsen kan gi angst, fordi pasienten føler seg truet av den alvorlige sykdommen. I følge Hummelvoll (2008) er denne angsterfaring knyttet til følelsen av trussel. Tornøe (1996) mener at forekomsten av angst kommer an på hvilket gudsbilde pasienten har. Han kan finne trøst i den tryggheten det gir han. Jeg tenker at dersom sykepleieren prøver å redusere følelsen av ensomhet, kan hun redusere forekomsten av angst. Derfor kan det hjelpe og prate om denne ensomheten med noen. Her kan sykepleieren tilby samtaler og være til stedet.

Pasienten trenger støtte, forståelse og å vite at han har hatt et meningsfullt liv. Christian Juul Busch (Busch, Jensen & Oved 2002) sier at mangelfull kommunikasjon kan gi følelsen av forlatthet og isolasjon. Videre sier han at den mest hensiktsmessige strategi er å vise at en forstår pasientens fortvilelse og bekymringer. Dersom pasienten skulle utvikle angst, er det viktig at sykepleieren kan kommunisere med pasienten. For å gjøre det, må det være et etablert tillitsforhold. Dette kan skapes gjennom sykepleierens interesse for pasienten som et individ, og at hun lytter til han (Hummelvoll 2008). Travelbee (2001) sier at tillitsforholdet skapes gjennom omsorg og sympati. Jeg tenker da at et tillitsforhold dannes enkelt igjennom kontakt og forståelse. Travelbee (2001) mener at kommunikasjon er den viktigste redskapen vi har når vi skal skape menneske- til- menneskeforhold. Martinsen (2003) sier at sykepleieren handler med medfølelse, barmhjertelighet og tillit, når hun utøver sykepleie

gjennom omsorgens praktiske side. Ut i fra dette, tenker jeg at sykepleieren kan skape tillit gjennom kommunikasjon og omsorg.

## 4.2 Andre stadium – sinne

For å håndtere sinne, aggresjon og fortvilelse, foreslår Hummelvoll (2008) at sykepleieren må utvise empati og kunne tolerere at pasienten kjefter. Jeg tenker at sykepleieren må ha evne til å være tålmodig og rolig i stemmen, uansett hvor sint og fortvilet pasienten er. Dersom sykepleieren får smell for å re sengen, mener jeg det er best at sykepleieren forlater pasientrommet, dersom hun skulle kjenne at hun har fått nok. Dette for å forhindre at hun skal reagere på pasientens aggresjon og avvise han. Strand (2009; 74) sier at ”ego - styrkende terapi er en måte å hjelpe mennesker som i øyeblikket eller varig har sviktende ego - fungering, at jeg - grensene er svake og derved jeg - ressursene lite tilgjengelige”. Selv om denne type terapi blir mye brukt på psykotiske pasienter, ser jeg at de kan være aktuelle å bruke overfor personer med andre problemer. En av de ego - styrkende sykepleieprinsipper er containing - function.

”Det sentrale ved container- funksjonen er at vi lar projeksjonene bli gjenstand for ettertanke og følelsesmessig bearbeidelse. At vi så å si ”fordøyer” i oss pasientens ubearbeidede materiale, for så – når pasienten er i stand til å ”bære” det selv – å gi ham det tilbake i en mer strukturert form” (Strand 2009; 107).

Jeg tenker at sykepleieren bearbeider pasientens eksternalisering eller projeksjon ved ettertanke og samarbeid i tverrfaglig team. Kort forklart forstår jeg containing- funksjonen som sykepleierens refleksjon over sine egne følelser, og at hun spør seg selv hvordan hun reagerte i denne situasjonen. Tilbakeleveringen skjer når sykepleieren tåler pasientens projeksjon (Strand 2009). En forutsetning for dette, er at sykepleieren har faglig innsikt i pasientens situasjon og at hun ikke tar det personlig når pasienten er rasende på henne (Strand 2009). Ut i fra dette, tenker jeg at dersom sykepleieren tåler det og ikke svarer med samme mynt, kan det ha stor betydning for at pasienten får evne til å tåle sin egen smerte.

Det jeg vil fram til, er at sykepleieren må ha kjennskap til pasientens opplevelse, slik at hun kan vise pasienten medfølelse og forståelse. Hummelvoll (2008) sier at for å forstå pasienten, må en vise at en er interessert i å få vite hvordan pasienten opplever seg selv og omgivelsene.

Pasienten føler seg handlingslammet og er intenst frustrert. Det er viktig at sykepleieren gir pasienten tid til å uttrykke sine følelser. Sykepleieren kan også motivere pårørende til å besøke han. Pårørende kan være med på å dempe sinnet, ved å være til stedet og vise omsorg. ”På dette nivået vil det ofte være behov for fagfolk, samtidig som man har behov for omsorgsfull støtte fra mennesker som står en nær” (Hummelvoll 2008; 231).

Andre måter å håndtere aggresjonen på, er å være tilstedet og tilby kontakt og samtaler, men det er viktig å tenke på at for mye kontakt kan virke angstprovoserende (Hummelvoll 2008). Ut i fra dette, tenker jeg at det er viktig at sykepleieren kan samtale med pasienten for å gi han mestringsfølelse, uten at hun virker for påtrengende. Borge og Rolfsnes (2009; 144) sier at ”samtalens mål er å styrke pasientens livsmestring og religiøse tro ved å gi rom for refleksjon og bearbeiding av egne livs- og troserfaringer”. Pasienten kan også i dette stadiet få følelsen av misunnelse overfor de som får leve videre. Gjertsen (1980) mener at denne holdningen kan føre til angst og skyldfølelse, og at sykepleieren må vise stor forståelse. Pasienten trenger å få bekreftelse på at han har prestert noe som menneske, og det har gitt livet mening. Døden er noe vi alle må underkaste oss.

#### 4.3 Tredje stadium – kjøpslåing

Kjøpslåing handler om å gjøre en forhandling med en høyere makt, som for eksempel en gud, slik at en kan overvære en begivenhet. Det er slik jeg ser det, sykepleierens oppgave å legge til rette for dette ved å hjelpe han å finne mening med lidelsen. Det er lite trolig, men man hører ofte historier om mennesker som har holdt ut for å kunne oppleve, for eksempel sin datters bryllup, også har de godt bort like etterpå. Jeg tenker at slike mål, er med på å holde pasientens håp oppe. Håp handler ikke om helbredelse, men om å leve godt den siste tiden en har igjen. Gjertsen (1980) sier at i håpet ligger muligheten for vekst. Ut i fra det, tenker jeg at sykepleierens oppgave er å fremme vekst hos pasienten fram til dødsøyeblikket. Jeg forstår Martinsen (2003) at det er avhengigheten mellom pasienten og sykepleieren som må være til stedet for at sykepleieren skal fremme vekst hos pasienten. Sykepleieren må bruke sin personlighet bevisst, slik at hun kan innrette seg til pasienten, for å oppnå endringer. Travelbee (2001) mener at denne endringen er å lindre smerten og lidelsen. Jeg mener dette er med på å gi pasienten følelsen av kontroll, ikke kontroll over sykdom eller lidelse, men over

informasjon og avgjørelser. Dette gjør at pasienten får brukt sin brukermedvirkning. Brukermedvirkning er en lovfestet pasientrettighet, og det er ikke noe helsepersonell kan velge bort.

Når mennesket er i krise, eller rammet av alvorlig sykdom, begynner søken etter en mening. Spørsmålet om mening med livet og døden, trer ofte fram når pasienten er døende (Travelbee 2001). Travelbee (2001) mener at sykepleieren kan hjelpe pasienten med å finne mening, bare dersom det skjer innenfor et menneske- til- menneske- forhold. Slik jeg ser det, er sykepleierens utfordring å hjelpe pasienten å finne mening i det meningsløse. Gjertsen (1980; 41) sier at "lidelse har en mening, den kan føre til vekst, utløse potensialer i en, evner og talenter, som uten disse erfaringer ville ligge der ubenyttet". Sykepleieren med sine kunnskaper, sykepleiefilosofi, holdning og medmenneskelighet, kan åpne veien for å hjelpe pasienten til å realisere seg.

Barn uttrykker ofte sine følelser gjennom kunst og tegning, og vi har mange ganger hørt om de gamle kjente forfatterne som har skrevet dikt når de har lidd, ikke nødvendig av sykdom, men av kjærlighetssorg. Disse har da funnet mening i det å uttrykke sine følelser i lidelsen, slik jeg har funnet trøst i å skrive om dette temaet. Sykepleieren kan prøve å legge til rette, slik at pasienten får uttrykt sine følelser i form av ord og samtale. Kanskje er pasienten en enkemann. Sykepleieren kan da trøste pasienten med å forklare at kona er blitt spart for sorg, og det er nå han må betale for å ha overlevd og sørget over henne. Kanskje det kan hjelpe pasienten å finne mening, ved å forklare at det er tid for å møte de han har mistet, dersom pasienten er åpen og klar for slike samtaler. Dersom pasienten er eldre, og har barn eller barnebarn, kan det hjelpe og minne han om hvilke erfaringer han har gjort seg, og at han er heldig som har fått opplevd barnbarna sine. Det er ikke alltid det er lett å finne forklaringer eller trøst, men det viktigste er at sykepleieren er der og støtter pasienten ved å vise forståelse.

Denne kjøpslåingen kan, som nevnt i teorien, oppstå av en underliggende skyldfølelse. Den døende kan ha dårlig samvittighet for at han føler han svikter sine nærmeste. Denne følelsen kan stamme i fra at han ikke har kommet seg så langt som han ønsker, og ikke levd opp til de forventningen han har hatt (Gjertsen 1980). Busch (Busch et. al.2002) sier at skyldfølelsen og følelsen av svikt kan være et uttrykk for uinnfridd kjærlighet. Man mister de relasjoner man har hatt med de nærmeste. Man har hørt om de som har bedt til Gud om tilgivelse for sin



umoralske oppførsel. Noen pasienter kan se på sykdommen som en straff fra en høyere makt. Det gjelder å være til stedet og tilby samtaler.

Det kan være aktuelt å kontakte sykehuspresten, dersom sykepleieren ikke føler at hun strekker til med sin kompetanse på dette feltet. Sykepleieren kan trenge presten som en ressursperson i det åndelige omsorgsarbeidet (Tornøe 1996). Prestens og sykepleierens omsorgsfunksjon utfyller hverandre og det kan være vanskelig å skille mellom sykepleierens og prestens rolle i dette arbeidet (Tornøe 1996). Dette tverrfaglige samarbeidet kan hjelpe pasienten til å få følelse av helhet gjennom forståelse og akseptering (Borge og Rolfsnes 2009).

#### 4.4 Fjerde stadium – depresjon

Døende mister ofte sin identitetsfølelse. De er på sykehuset kanskje for første gang. Det er ukjente rutiner og fremmede folk på rommet. De har i det hele tatt liten kontroll på situasjonen. Dette kan tenkes å være skremmende. I tillegg kan pasienten føle at han ikke strekker til i de rollene han har. Dette kan medføre at pasienten blir nedfor. Det å miste sin sosiale rolle når man blir rammet av sykdom, kan medføre depresjon (Hummelvoll 2008). Det at pasienten må kutte alle båndene til sine nære, er en forestående realitet som kan oppta alle pasientens følelser og tanker (Gjertsen 1980).

Jeg mener det er av stor betydning at sykepleieren forstår viktigheten med at pasienten får leve ut sorgen. Dette kan være med på å hjelpe pasienten å godta sykdommen, og motvirke andre ringvirkninger som depresjon. I dette stadiet trenger pasienten nærhet og varme. Sykepleieren må være til stedet og lytte til pasientens bekymringer. "Nursing actions such as providing comforting measures, being honest and listening to the patients' concern was consistently described by the participants as important, when attending to the patients' spiritual needs" (McBrien 2009;123). Dersom pasienten får uttrykke seg, vil han lettere nå fram til aksepteringen (Kübler- Ross 1995).

Det sies også at i dette stadiet, er det ikke alltid behov for ord. Det å sitte taus sammen med pasienten, kan være en god trøst. Hummelvoll (2008) sier det er viktig å være sammen med pasienten selv om det er lite som blir sagt. Det viser at man ser på pasienten som et verdifullt

individ. Sykepleieren som jobber med mennesker som føler seg verdiløse, har som hovedoppgave å motvirke denne følelsen gjennom handling og holdning. Videre sier Hummelvoll (2008) at sykepleieren må huske at deprimerte pasienten oppfatter ting tregere, og derfor er det viktig at man snakker rolig og unngår lange setninger. Å finne ut hva pasienten ønsker å snakke om, kan være med på å gi pasienten meningsfylte samtaler. Det kan også være aktuelt å gi psykofarmaka i tillegg til å tilby samtaler. Deprimerte pasienter trenger noen som er tålmodig, tar seg tid til han og tåler samvær i taushet. Pasienten behøver å få uttrykt sine følelser, fordi det kan være de ubearbejdede følelsene som ligger til grunn for depresjonen. Jeg tenker at depresjonen er tilstedet fordi pasienten har mistet livsmotet. Martinsen (2003) sier at for å øke pasientens livsmot, må hverdagen innholde gode øyeblikk, som glede, velvære og tilfredshet.

#### 4.5. Femte stadium – akseptering

I denne fasen er det ikke mye sykepleieren kan gjøre for pasienten åndelig sett. Han er lite kontaktbar og sover for det meste. Det eneste grunnleggende behovet jeg anser som nødvendig for pasienten, er hygiene og pleie, og det at pasienten er smertelindret. Som pårørende i dette stadiet, ble jeg fortalt av kreftsykepleieren at det beste for min mormor, var at hun hørte stemmene våre. Da tenker jeg det er pårørendes oppgave å være til stedet og prater, slik at pasienten opplever kjente stemmer og lyder. Jeg kunne gått inn på hvordan sykepleieren skulle håndtert pårørendes behov, men dette vil da gå utenfor mitt emne, derfor lar jeg dette stå åpent. Det er ikke alle som får til å akseptere sin sykdom (Gjertsen 1980). Dette tror jeg er fordi mange holder håpet oppe til det siste, og det er tyngre for en ung pasient som har livet foran seg, å skulle slippe taket. Travelbee (2001) mener at noen klarer å akseptere sin sykdom på grunn av sin religiøse tro. Jeg tenker at dersom man har klart og hjulpet pasienten med å finne sitt ståsted før han når dette stadiet, kan det være med på at han klarer å akseptere lidelsen og sykdommen. Travelbee (2001) foreslår at sykepleieren her hjelper pasienten å opprettholde sin integritet. Martinsen (2003) sier at sykepleieren skal gi omsorg på pasientens premisser. Med dette tenker jeg at sykepleieren ikke bør ta ting for gitt, og ikke utøve sykepleie uten og over- eller undervurdere pasientens evne til å hjelpe til.

## 4.6 Andre måter å ivareta pasientens åndelige behov ved alvorlig sykdom på

### 4.6.1 *Pasientens verdighet og etikk*

Det å samtale med pasienten anser jeg som en utfordring. Det er mange faktorer sykepleieren bør være oppmerksom på, blant annet at det ikke er sikkert pasienten er klar for slike samtaler. Mange alvorlige syke pasienter ønsker ikke å snakke om sykdommen og framtiden. De ønsker å prate om det som har opptatt dem i det normale liv, og de ønsker å bli sett på som normale og friske mennesker, og ikke bare som en alvorlig syk pasient (Kvåle 2007). Tornøe (1996) mener at pasienten prøver å unngå å prate om sykdommen og døden, fordi det å lide tærer på verdigheten. Videre sier hun ”et lidende individ trenger bekreftelse på sin verdighet som menneske” (Tornøe 1996; 51). Jeg tenker at sykepleieren kan gi denne bekreftelsen gjennom å vise respekt for pasienten. Brinchmann (2008) mener at barmhjertelighet, omsorg og respekt er grunnleggende menneskerettigheter, som gir grunnleggende verdier i de yrkesetiske retningslinjene. Nortvedt (2008; 127) sier at ”etikken får på denne måten også en helt sentral kunnskapsmessig dimensjon, idet den som grunnlag for god sykepleie bidrar til å forstå mennesket som sykt”.

### 4.6.2 *Åndelig omsorg- et forsømt område?*

Etter å ha lest litteratur som tar utgangspunkt i åndelig omsorg, ser jeg at fokuset har endret seg. Før i tiden var det vanlig at sykepleierne bad sammen med pasientene som en del av sitt omsorgsarbeid. Jeg tenker på hva som kan ha vært med på å endre dette, og jeg tenker at samfunnet har vært i endring siden da, og at forskning og vitenskapsteori har fått større innpass i profesjonsutdanningene. Jeg har også fått et inntrykk at religionen i Norge har fått mindre plass i samfunnet, enn for kanskje 100 år siden. Dette tror jeg har vært med på og gjort dette til et litt forsømt område. Travelbee (2001) sier at for at sykepleieren skal kunne hjelpe den syke, er det absolutt nødvendig at hun forstår hvordan pasienten oppfatter sin sykdom. Det er umulig å skulle hjelpe pasienten til å finne mening i sykdommen, dersom sykepleieren ikke har noen innsikt i hvordan pasienten selv oppfatter sykdom. Hun mener at når dette ikke gjennomføres, kan det medføre til at dette blir et forsømt tema. Martinsen (2003) mener ut i fra omsorgens relasjonelle side, at for å hjelpe pasienten, er det nødvendig at sykepleieren viser engasjement og interesse for pasienten. Ut i fra dette, tenker jeg at Travelbee og Martinsen har like syn på hvordan sykepleieren best mulig kan ivareta pasientens åndelige behov.

Lie (2002) skildrer at i 50-årene ble det sett på som svakhet dersom man trodde på en gud, og dersom man snakket med pasienter om Gud, kunne det forsterke redselen for å dø. I dag er det eksistensielle og det åndelige blitt mer i fokus. ”Medvetenhet om patientens andlige behov våkts i vårdrelationen” (Carlén og Nilsson 2008; 14). Jeg tenker at det er heldig at fokuset på det åndelige har fått et bredere perspektiv, for det gir muligheter til å bryte frykten for å snakke om døden. Likevel opplevde jeg at det var sykdommen og det sykepleietekniske som hadde mest fokus, både i sykepleierutdanningen og i praksis. I praksisen opplevde jeg at det ikke var skrevet noe om pasientens åndelige behov. Dersom dette ikke kommer fram, er det ingen pleiere som vet hvilke behov pasienten har og hvilke tiltak man må iverksette. Jeg tenker at det kan ende med at pasienten føler seg ensom og forlatt, og som kan medføre at pasienten faller i en dypere depresjon.

”Når den syke eller et familiemedlem sterkt trenger til å få snakke om disse problemene, finner de dessverre få som i det hele tatt vil lytte, og langt mindre noen som lar dem få lov til å drøfte mulige meninger i disse evige livsproblemene” (Travelbee 2001: 227).

Frølund (2006) skriver at sykepleieren som skal møte pasientens behov, virker usikre og utilstrekkelig. Det kom fram i undersøkelsen i Frølund (2006) at den erfarne sykepleieren mente at det var pasienten som skulle ta initiativ til å samtale. Sykepleieren ville ikke overskride pasientens grenser, og anså åndelige behov som noe personlig. Dette viser at helsearbeidere må bli flinkere til å gi pasienten helhetlig omsorg gjennom fysisk, psykisk, åndelig og sosialt ivaretagelse. Dette er et holistisk menneskesyn, som sykepleiere må ha, for å gi god pleie og omsorg (Stordalen et.al 2005). I Kunnskapssentrets undersøkelse, kom det fram at det mest negative svaret, fikk spørsmålet om pleiepersonalet satte av nok tid til samtaler. Det kom også fram at pasientene hadde fått lite informasjon om sykdommen og hva som kom til å skje med dem etter endt behandling. Det kan hentyde at fokuset bør endres, og at dette er noe som opptar pasientene. Jeg tenker at dette tvinger sykepleiere til å forholde seg til pasienten som et enkeltindivid. Sykepleiere må ha kunnskaper om aktuell medisin og kunne beherske krevende tekniske utstyr. Samtidig må hun ha kliniske ferdigheter og kunne ivareta pasienten som organisme og ånd, gjennom helhetlig omsorg (Lie 2002).

#### 4.6.3 Trøst og trygghet

I følge Travelbee (2001) har sykepleieren ansvar å hjelpe alvorlig syke mennesker med å finne mening i lidelse og sykdom. Den faktoren som jeg anser som den viktigste når sykepleieren skal møte de åndelige spørsmålene pasienten har, er at hun kjenner til sitt eget ståsted i forhold til livet og døden. ”En annan förutsättning för at vårdaren ska bli varse patientens andlig behov och kunna möta dessa är att vårdaren har kännedom om si egen inställning till andlighet och är klar över sin trosuppfattning” (Carlén og Nilsson 2008; 14). Dette tenker jeg er den viktigste faktoren, fordi sykepleieren vet da hvordan hun skal møte disse, og hun kan hjelpe pasienten med å finne hans eget ståsted i sykdomsprosessen. Det tenker jeg gir sykdommen mening.

Carlén og Nilsson (2008) mener at sykepleieren kan få kunnskap om pasientens åndelige behov, ved å spørre pasienten direkte om han har gudstro eller har andre åndelige og eksistensielle spørsmål. De sier også at for at sykepleieren skal bidra til at pasienten skal få dekt sine åndelige behov, må det være rom for refleksjon under arbeidet. Det å hjelpe pasienten til å finne et ankerfeste i lidelsen, på pasientens premisser, ser jeg på som et av de viktigste tiltakene sykepleierne kan gjøre, for at pasienten skal finne mening i sykdom og lidelse.

En pasient som er religiøs, kan finne trøst i en gudspartnerrolle (Tornøe (1996). Denne rollen blir bestående, selv om man taper alle andre roller. Det åndelige omfang omhandler at en må finne trøst i noe som har større kraft enn seg selv, mange finner slik trøst i en Gud. Mange pasienter har et klart definert livssyn, som religion, og jeg mener de stiller sterkere i slike situasjoner. De som er trosbekjente, har Bibelen og lignende, som forklarer hvordan livet er, om døden og om eventuell oppstandelse. De som er religiøse og tror på dette, finner svar, dermed finner de også trygghet. Delgado- Guay, Hui, Parsons, Govan, De la Cruz, Thorney & Bruera (2011) har gjort en undersøkelse der det kom fram at de fleste pasientene som fikk snakke om åndelige tilnærminger og religion, følte at de fikk hjelp til å takle sin alvorlige sykdom. Dette ga også følelse av velvære.

Jeg tenker på det å snakke om døden, og ha tro på hva døden er, hva skjer når noen dør, og hvor ender det, er sentrale spørsmål. Det er uendelig, og det er mange som har problemer med å snakke om dette, fordi det er ukontrollerbart. Jeg har erfart at det og ikke ha kontroll på noe,

gir trygghet. Jeg tenker at man må finne noe å tro på for å kunne finne trygghet, fordi det gir håp. Det er viktig at pasienten får gitt uttrykk for sin fortvilelse og frykt for det ukjente, slik at det er pasientens behov som står i fokus. Det er nødvendig å ta seg god tid til slike samtaler, for at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt. Når man viser pasienten at man tar seg tid til, og prioriterer han, tenker jeg vil være med på å skape trygghet hos pasienten. Det er gjennom sykepleieren at pasienten får gitt uttrykk for sitt behov for å snakke med presten.

Borge og Rolfsnes (2009; 149) sier at ”den enkelte helsearbeider er ofte inngangsporten for at pasientene kommer i kontakt med prest. Dette utfordrer den enkelte helsearbeider til mer åpne refleksjoner om eksistensielle og åndelige temaer, der det sjelden finnes eksakte svar”.

Mange pasienter kan være redde for å bli dømt og kan føle seg utilpass dersom de selv skal ta initiativ til å snakke med en sykepleier om døden. Tidligere var det vanlig at dersom pasienten selv ikke bad direkte om at han ville ha hjelp til å samtale, fikk han heller ikke noe. (Lie 2002) Jeg opplevde i praksisen at dette praktiseres ennå. Sykepleieren må ta i betraktning at pasienten selv kan synes å ha vanskeligheter med å ta initiativ til å innlede samtalen. Noe jeg har observert, er at det ofte ligger en Bibel i pasientskuffen. Det kan være lurt å opplyse dette for pasienten, og samtidig fortelle han at han alltid kan prate med deg, og at du i samme stund opplyser om din taushetsplikt. Dette tror jeg kan være med på å skape tillit og trygghet.

Dersom pasienten legger fram Bibelen eller andre symboler, kan det være signaler på at pasienten ønsker å prate om det åndelige. Sykepleiere må være i stand til å fange opp disse signalene på behov som pasienten gir. Det er viktig da at sykepleieren ikke overser dette, og at hun prioriterer og tar seg god tid til å sette seg ned å prate. Det er ikke alltid at pasienten er så klar om behovet at han legger ting åpenlyst heller. Sykepleieren må være på tilbudssiden med samtaler til de som vi vet skal dø. Enkelte ganger har ikke pasienten tilgang på det han føler trygghet i. Dette kan være for eksempel kunst eller musikk. Det er viktig at sykepleieren kan samarbeide med pårørende, for kanskje kan de skaffe pasienten det. Noen tenker at kunst og musikk er åndelige behov, og jeg tenker at det er det så lenge en har et forhold til det, og at det var noe som ga mening i pasientens normale, friske liv. Det er kanskje dette som ga pasienten trygghet i hverdagen, eller i sin barndom.

## 5 AVSLUTNING

### 5.1 Oppsummering

Oppavens formål var at jeg skulle få en dypere innsikt i hvordan sykepleieren kan ivareta pasientens åndelige behov når han er alvorlig og uhelbredelige syk. Jeg har presentert forslagene på bakgrunn av studiet jeg har gjort gjennom Kübler- Ross' fem stadier, og framstilt hvilke egenskaper sykepleieren bør ha gjennom Travelbees og Martinsens sykepleieperspektiv.

Det å omgås døende er vanskelig, og det er ingen som kan bli eksperter på dette området. Vi kan være medmennesker, slik at pasienten føler seg trygg før han må slippe taket. Det å ivareta pasientens åndelige behov ved alvorlig sykdom, handler mye om nettopp det – å være medmenneske. Det å være til stedet, prioritere, tilby samtaler, og å lytte framkom som de viktigste tiltakene. Gjennom omsorg og kommunikasjon kan vi skape et tillitsforhold som må være lagt til grunn før man samtaler.

Jeg har lært at jeg kan bruke erfaringer og kunnskaper fra andre fagfelt, som psykiatri når jeg skal imøtekomme pasientens åndelige behov. Dette fordi pasienten gjennomgår psykologiske faser. Det at pasienten finner mening i sykdom og i lidelse, er det som blir ansett som det viktigste i arbeidet med åndelig omsorg. Dette gjør at pasienten kan finne ro og akseptasjon i den terminale fasen.

### 5.2 Konklusjon

Sykepleieren ivaretar pasientens åndelige behov gjennom tillitsforhold, det å være medmenneske, avsette tid til å samtale og lytte. Hun ivaretar også pasientens åndelige behov ved å vise forståelse og innlevelse i pasientens situasjon.

### 5.3 Nye spørsmål

Hvordan kan sykepleiere og sykepleierstudenter få den erfaringen og kunnskapen som må til for å kunne gi god åndelig omsorg? Hvordan kan tverrfaglig samarbeid styrke ivaretagelsen av pasientens åndelige behov? Hvilke utfordringer vil norske sykepleiere møte på flerkulturelle pasienter som trenger åndelig omsorg?



## 6 KILDEHENVISNING

- Aadland, E. (2006). *Og eg ser på deg... Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskrivning for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hummelvoll, J. K. (2008). *Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Strand, L. (2009). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

### 6.1 Selvvalgt litteratur

- Borge, L. & Rolfsnes, J. K. (2009). *Pasienters erfaring med sjelesorg i en psykiatrisk klinikk*. s. 142- 149. I: *Sykepleien Forskning* nr. 2. **7 sider**
- Busch, Chr. J., Jensen, T. & Oved, M. (2002). *Religion, eksistens og sykepleje*. København: Dansk Sygeplejeråd. **4 sider**
- Carlén, K. & Nilsson, K. (2008). *Andlighet i vården- en intervjustudie bland vårdpersonal*. s. 13- 16. I: *Vård i Norden*. Nr. 1. **3 sider**
- Delgado- Guay, M. O., Hui, D., Parsons, H. A., Govan, K., De la Cruz, M., Thorney, S. & Bruera, E. (2011). *Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain in Advanced Cancer Patients*. [Online], Tilgjengelig fra [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MIimg&\\_imagekey=B6T8R-52CDXCJ-5-1&\\_cdi=5093&\\_user=4076481&\\_pii=S0885392411000200&\\_origin=search&\\_zone=rslt\\_list\\_item&\\_coverDate=03%2F12%2F2011&\\_sk=999999999&wchp=dGLbVlb-zSkzS&md5=b205c3e9e3c455e4ae5cbaea65000b5b&ie=/sdarticle.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T8R-52CDXCJ-5-1&_cdi=5093&_user=4076481&_pii=S0885392411000200&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_coverDate=03%2F12%2F2011&_sk=999999999&wchp=dGLbVlb-zSkzS&md5=b205c3e9e3c455e4ae5cbaea65000b5b&ie=/sdarticle.pdf) [13.mars2011] **8 sider**
- Frølund, J. C.(2006). *Åndelig omsorg- et forsømt område!* s. 38- 46. I: *Klinisk Sygepleje* nr. 3. **8 sider**
- Gjertsen, E. M. (1980). *En hånd å holde i. Omsorg for døende*. Kolbotn: Forlaget Tanum-Norli A/S **8 sider**

- Kunnskapssentret (2010). *Kreftpasienters erfaringer med somatiske sykehus i 2009*. Oslo.  
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. [Online], Tilgjengelig fra  
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Kreftpasienters+erfaringer+med+so+matiske+sykehus+i+2009.+Nasjonale+resultater.11318.cms> [23.mars 2011] **71 sider**
- Kübler- Ross, E. (1995). *Døden og den døende*. København: Nordisk Forlag AS. **107 sider**
- Kvåle, K. (2007). *Do Cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs*. [Online], Tilgjengelig fra  
[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MImg&\\_imagekey=B6WF1-4NHM74X11&\\_cdi=6781&\\_user=4076481&\\_pii=S1462388907000191&\\_origin=search&\\_zone=rslt\\_list\\_item&\\_coverDate=09%2F30%2F2007&\\_sk=999889995&wchp=dGLbVtz-zSkzWA&md5=c856112f7af4809fd8337a2f9d8d2585&ie=/sdarticle.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6WF1-4NHM74X11&_cdi=6781&_user=4076481&_pii=S1462388907000191&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_coverDate=09%2F30%2F2007&_sk=999889995&wchp=dGLbVtz-zSkzWA&md5=c856112f7af4809fd8337a2f9d8d2585&ie=/sdarticle.pdf) [23.mars 2011] **7 sider**
- Lie, K. (2002). *Eksistensielle og åndelig helseomsorg*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS. **5 sider**
- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Otta: Universitetsforlaget. **8 sider**
- McBrien, B. (2010). *Nurses' provision of spiritual care in the Emergency Setting – An Irish Perspective*. [Online], Tilgjengelig fra  
[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MImg&\\_imagekey=B8JG9-4XHJXDY-1-1&\\_cdi=43665&\\_user=4076481&\\_pii=S1755599X0900086X&\\_origin=search&\\_zone=rslt\\_list\\_item&\\_coverDate=07%2F31%2F2010&\\_sk=999819996&wchp=dGLbVtz-zSkzS&md5=b99001f12d10f775c3afda06443d7feb&ie=/sdarticle.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B8JG9-4XHJXDY-1-1&_cdi=43665&_user=4076481&_pii=S1755599X0900086X&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_coverDate=07%2F31%2F2010&_sk=999819996&wchp=dGLbVtz-zSkzS&md5=b99001f12d10f775c3afda06443d7feb&ie=/sdarticle.pdf) [2.mars 2011] **7 sider**
- Risberg, T., Wist, E., Kaasa, S., Lund, E & Norum, J. (1996). *Spiritual Healing Among Norwegian Hospitalised Cancer Patients and Patients' Religious Needs and Preferences of Pastoral Services*. [Online], Tilgjengelig fra  
[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MImg&\\_imagekey=B6T68-3Y2G9XW-BJ-1&\\_cdi=5024&\\_user=4076481&\\_pii=0959804995005161&\\_origin=search&\\_zone=rslt\\_list\\_item&\\_coverDate=02%2F29%2F1996&\\_sk=999679997&wchp=dGLVtz-zSkzS&md5=6735174175bd11bd188f9818d066ecac&ie=/sdarticle.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6T68-3Y2G9XW-BJ-1&_cdi=5024&_user=4076481&_pii=0959804995005161&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_coverDate=02%2F29%2F1996&_sk=999679997&wchp=dGLVtz-zSkzS&md5=6735174175bd11bd188f9818d066ecac&ie=/sdarticle.pdf) [2.mars 2011] **8 sider**
- Stordalen, J., Hovland, O. J. & Grasaas, K. (2005). *Grunnleggende behov*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS. **3 sider**

Støren, I. (2010). *Bare søk! Praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Oslo: Cappelen  
Damm AS. **3 sider**

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag  
AS. **40 sider**

Tornøe, K. (1996). *Kan vi trøste hjertene? Hvordan møte alvorlig syke og døende pasienters  
åndelige behov*. Tano Aschehoug. **5 sider**

**Total antall sider: 302 sider**